

スキーの家 利用報告書

常務理事	事務長	部長	合 議	係

事業所名				事業所番号		
利用日		自 月 日	至 月 日		泊 日	
施設名						
施設住所						
利用者内訳	保険証番号	氏 名	本家別	保険証番号	氏 名	本家別
			本・家			本・家
			本・家			本・家
			本・家			本・家
			本・家			本・家
代表者連絡先		氏名・TEL			利用者合計 名	
<p>上記のとおり利用したので申請します。</p> <p>千葉県農協健康保険組合 様</p> <p>年 月 日</p> <p>申込代表者氏名</p>						

【施設の証明欄】

上記の被保険者ならびに被扶養者が、下記のとおり、宿泊利用されたことを証明します。					
年 月 日		所在地			
		施設名		印	
(利用日)		年 月 日	~	年 月 日	
(利用人数)					

※宿泊施設の証明印を受けて、健保組合に提出してください。
 ※証明がない場合は補助ができませんので、必ず証明を受けてください。

受付欄

【健保記入欄】※健保組合記入欄のため提出の際は記入不要です。

人数[]名 × 宿泊数[]泊 × 2,000円 = 補助金額[]円
